N° 78.

DES VICES DU BASSIN PAR RAPPORT A L'ACCOUCHEMENT;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 avril 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR A.-M. FAURICHON-LAVALADE, de Château-Lévêque, Département de la Dordogne;

Bachelier ès-lettres et Bachelier ès-sciences de l'Académie de Paris.

. . . . . Avec notre existence
De la femme pour nous le dévoûment commence;
C'est elle qui neuf mois, dans ses flancs douloureux,
Porte un fruit de l'hymen trop souvent malheureux;
Et sur un lit cruel long-temps évanouie,
Mourante, le dépose aux portes de la vie.

LEGOUVÉ, *Mérite des femmes.*

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER, *Suppléant.* BOUILLAUD, *Examinateur.* CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. DUBOIS, *Président.* DUPUYTREN. ROUX, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy, *Suppléant.*
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Examinateur.*
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux, *Examinateur.*
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

ET

A MA MARRAINE.

A qui dois-je l'offrande de mes premiers travaux, si ce n'est à vous, ô mes bonnes amies, qui m'avez comblé de tant de bienfaits? Daignez l'agréer comme un faible gage de mon respect, de mon amour et de ma vive reconnaissance.

A MA SŒUR.

Amitié à toute épreuve.

A MES MEILLEURS AMIS,

MESSIEURS

E. MAREILLAUD-CRESPIAT, DU BUGUES,

Étudiant en Médecine;

L. LABROUSSE, DE LA PEYSIE,

Notaire au Grand-Brassac;

H. LINARÈS, DE LIMEUIL,

Étudiant en médecine.

A.-M. FAURICHON-LAVALADE.

DES

VICES DU BASSIN

PAR RAPPORT

A L'ACCOUCHEMENT.

Les ouvrages des anciens ne font aucune mention des *vices du bassin*, et cette cavité elle-même paraît avoir été ignorée jusqu'à *Vésale*, qui lui donna le nom qu'elle a conservé depuis et qu'elle porte encore de nos jours. Mais ce n'est que vers le milieu du dernier siècle que *Levret* et *Smellie*, en faisant subir au forceps les modifications que réclamait l'humanité, firent sentir toute l'importance d'une étude approfondie de la *cavité pelvienne;* c'est aussi, par conséquent, de leur époque que datent les premières notions sur l'état anormal de cette cavité. Depuis lors, tous les accoucheurs se sont occupés des obstacles que le système osseux peut opposer à l'accouchement, et les auteurs modernes en ont donné les meilleures descriptions sous le titre de *vices de conformation du bassin;* dénomination à laquelle nous préférons celle toute simple de *vices du bassin* : l'on verra bientôt pourquoi.

On donne le nom de *vicié* au bassin toutes les fois qu'il s'éloigne assez de ses dimensions ordinaires pour rendre l'accouchement dangereux, difficile ou impossible. Habituellement on confond le bassin

vicié avec le bassin mal conformé : nous allons tâcher de démontrer que, quoique la plupart du temps la viciation et la mauvaise conformation soient réunies dans un bassin dit *vicié*, ce sont cependant deux états tout à fait différens, que l'on peut très-bien isoler, et que l'on est dans l'erreur quand on les regarde comme identiques. Ainsi, par exemple, tous les os qui entrent dans la composition d'un bassin se seront développés outre mesure et tous également, l'on aura un bassin dont les dimensions seront trop grandes ; mais elles seront toutes en rapport les unes avec les autres, ce bassin sera régulier : pourra-t-on dire qu'il est mal conformé ? L'observation suivante va nous montrer un bassin dont tous les diamètres sont également rétrécis et dans les limites les mieux proportionnées, au point de ne pouvoir donner passage à la tête d'un enfant. Cette observation m'a paru trop intéressante pour ne pas lui donner quelques développemens.

Ire. OBSERVATION. La nommée Anne Toche, épouse Olive, âgée de trente ans, douée d'une forte constitution, dont les membres et le rachis étaient parfaitement conformés, entra à l'hospice de la Maternité de Marseille le 23 mai 1828. C'était sa seconde grossesse ; elle avait eu un premier accouchement prématuré (à sept mois) ; l'enfant était né spontanément, et avait vécu peu de temps. Cette fois-ci elle était à terme, le travail avait commencé depuis trois jours, et les membranes étaient rompues depuis quarante-huit heures. Par le toucher, on reconnut le sommet ; on ne put distinguer la position, à cause de la tumeur considérable formée par les tégumens du crâne et de la situation du sommet au-dessus du détroit supérieur. Une saignée avait été pratiquée avant son entrée à l'hospice. Dans ce moment, la malade était dans l'état suivant : face altérée, langue sèche et rouge, soif excessive ; pouls plein, dur, un peu fréquent ; fatigue, abattement général ; contractions presque permanentes ; tumeur à l'hypogastre, formée par la vessie distendue ; émission d'urines nulle ; cathétérisme impossible ; le toucher pratiqué de nouveau avec soin, on parvient à la saillie sacro-vertébrale, et on estime le diamètre antéro-

postérieur du détroit supérieur à moins de trois pouces. Une nouvelle saignée est pratiquée ; la malade est plongée dans un bain pendant une heure. L'utérus se trouve dans un état de contraction permanente ; douleurs très-vives dans la vessie ; difficultés insurmontables pour l'introduction d'une algalie. On décide d'attendre les efforts de la nature. Les contractions s'affaiblissent pendant la nuit.

Le lendemain 24, à cinq heures du matin, pâleur considérable de la face ; pouls très-faible, filiforme, intermittent ; lipothymies fréquentes ; abdomen très-douloureux : tous les symptômes s'aggravent, et la malade meurt dans la matinée. On pratique à l'instant l'ouverture de l'abdomen pour en extraire l'enfant, dont on a constaté l'existence au moyen du stéthoscope ; mais on le trouve mort.

Le bassin de la mère et la tête de l'enfant présentent les dimensions suivantes :

Bassin de la femme Olive.

Détroit supérieur.

Diamètres	sacro-pubien	2 pouces	$\frac{3}{4}$
	transverse	4	$\frac{1}{2}$
	obliques	4	

Détroit inférieur.

Diamètres	sacro-pubien	3 pouces	$\frac{3}{4}$
	coccy-pubien	2	$\frac{1}{2}$
	ischiatique	2	$\frac{3}{4}$
	obliques	3	

Excavation.

Diamètre sacro-pubien	3 pouces	
Hauteur de l'excavation (sur les côtés)	3	
Hauteur de la symphyse pubienne	1	$\frac{1}{2}$

Tête de l'enfant.

Diamètres	occipito-frontal	4 pouces	
	bipariétal	3	$\frac{1}{2}$
	sphéno-bregmatique	2	$\frac{1}{4}$
	occipito-bregmatique	3	

Ainsi donc un bassin peut être vicié, quoique exempt de mauvaise conformation. Lorsqu'un bassin vicié est en même temps mal conformé, c'est à la mauvaise conformation qu'est due la disproportion des diamètres, et la viciation est cette disproportion elle-même. Ainsi donc, confondre ces deux états, c'est assimiler la cause à l'effet, et ne faire qu'un tout de deux choses bien distinctes. Voyons maintenant si la mauvaise conformation peut exister, sans que la viciation s'ensuive. Nous concevons facilement que la cavité osseuse dont nous nous occupons puisse devenir plus ou moins irrégulière, sans que pour cela les dimensions soient beaucoup rétrécies. On peut supposer, par exemple, qu'une hanche soit élevée, tandis que celle du côté opposé s'abaisse, que le pubis soit déjeté à gauche ou à droite, les autres parties éprouvant un mouvement de rotation dans le même sens, et l'accouchement avoir lieu sans difficulté et sans danger. Je pourrais citer ici une femme de mon pays, dont la crête iliaque gauche s'élève d'un pouce et demi au moins plus que celle du côté opposé, et qui cependant a mis au monde avec la plus grande facilité quatre enfans forts et vigoureux. Néanmoins, comme le plus souvent la figure du bassin est altérée en même temps que ses dimensions, et que c'est à sa mauvaise conformation que presque toujours cette cavité doit ses vices, maintenant que nous avons montré la différence qui existe entre ces deux états, nous les étudierons en même temps, et les confondrons dans une même description.

Les bassins viciés peuvent être partagés en deux séries : dans la première, l'on place ceux dont le développement est trop grand; dans la seconde, ceux au contraire qui n'offrent pas assez de capacité. Nous allons nous en occuper successivement, et nous dirons ensuite quelques mots sur la direction vicieuse des axes de cette cavité.

Vices du bassin par excès d'amplitude. Cette espèce de viciation a été admise par le plus grand nombre des auteurs; et, quoique les dangers auxquels elle expose puissent être, la plupart du temps,

prévenus, et aient été souvent exagérés, ce que nous admettons facilement avec madame *Lachapelle* et M. *Dugès*, neveu de cet auteur célèbre, cependant, on ne peut, je crois, s'empêcher d'admettre qu'un bassin trop vaste, qui paraît au premier coup d'œil une circonstance favorable pour l'accouchement, puisse causer de graves inconvéniens, et même de véritables dangers, soit pendant la gestation, soit au moment de l'accouchement. Ainsi, pendant la gestation, l'utérus peut bien plus facilement se renverser, soit en avant, en arrière ou sur les côtés. Cet organe, devenu plus lourd par son développement, peut être entraîné par son poids, et gêner, s'opposer même à la sortie de l'urine et des matières stercorales, en comprimant le rectum et la vessie. Pendant l'accouchement, la prompte expulsion du fœtus est favorisée, et de là tous les accidens consécutifs, tels que inertie de la matrice, renversement de cet organe, hémorrhagies utérines. A ces accidens les auteurs ajoutent le décollement du placenta, la rupture du cordon ombilical, et par suite la chute de l'enfant par terre, derniers accidens qui nous paraissent assez difficiles à admettre.

Vices par défaut d'amplitude. Si les dangers auxquels peut exposer un bassin trop vaste peuvent être révoqués en doute, l'on est bien loin, malheureusement, de pouvoir en dire autant de la disposition contraire; et l'étroitesse du bassin, portée à un degré assez considérable, fait toujours concevoir à l'accoucheur les craintes les mieux fondées.

Étiologie.

Les causes de la viciation par excès sont toujours les mêmes : un trop grand développement de la cavité pelvienne. Mais celles qui peuvent produire les vices dont nous allons nous occuper sont nombreuses ; et si, le plus souvent, pour restreindre la proposition abso-

lue de M. *Gardien* (1), les vices du bassin sont accidentels, on conçoit de quelle importance est l'étude de ces causes, puisqu'on peut, en les évitant, ou plutôt en paralysant leur manière d'agir, prévenir une organisation qui condamne les femmes au célibat, ou les expose, si elles deviennent mères, aux opérations les plus graves de la chirurgie.

Le rachitis, ou ramollissement des os dans l'enfance, est la cause la plus commune de la mauvaise conformation du bassin. Il ne faudrait cependant pas croire que toutes les femmes qui présentent des signes de rachitis, tels que gibbosités, contorsions des membres, etc., aient essentiellement leur bassin vicié; pour se convaincre du contraire, on n'a qu'à se donner la peine d'aller visiter la belle collection de l'École de médecine, qui offre en ce genre les pièces les plus curieuses. Voici d'ailleurs un fait qui vient à l'appui de mon assertion.

IIe. OBS. La nommée Henriette Sellier, âgée de vingt-deux ans, enceinte pour la première fois, entrée le 7 avril 1826 à la Maternité, accoucha, le 2 juillet de la même année, de la manière la plus satisfaisante, et donna le jour à un enfant mâle, à terme et très-volumineux. Il existait chez cette femme une bosse très-proéminente en arrière et sur la ligne médiane; les membres étaient longs, les doigts effilés, les mâchoires comprimées latéralement; la voix fêlée, mais forte : indices certains de la maladie dont elle avait été victime dans son enfance.

Mais le ramollissement des os est loin d'être la seule cause de la déformation de la cavité osseuse. Je crois que l'état cartilagineux des os, dans la première enfance, peut offrir assez peu de résistance pour permettre à certains efforts exercés sur eux de leur donner une direction plus ou moins anormale; et l'on peut ajouter l'ostéo-sarcosis,

---

(1) M. *Gardien* s'exprime ainsi : « Les vices du bassin sont accidentels, et toujours produits par une cause quelconque qui a troublé l'ossification » (t. 1, p. 47).

maladie qui produit les mêmes effets dans l'âge adulte que le rachitis dans l'enfance. Ces causes cependant ne sont que *prédisposantes*, et ont besoin, pour que la viciation ait lieu, d'être secondées par certaines circonstances, que l'on peut appeler *causes efficientes*, et que nous allons énumérer en parlant du mode de formation de ces vices.

Mode de formation des vices du bassin.

Les vices du bassin auxquels donne lieu le rachitis sont relatifs au degré de ramollissement et à l'âge auquel cette affection se développe. Si l'individu affecté est un enfant en bas âge, et que la maladie ait sévi au plus haut degré, les plus grandes déformations auront lieu sous l'influence des moindres forces; si le ramollissement, au contraire, n'est pas très-considérable, et que l'âge soit assez avancé, alors les déformations seront moins grandes, et il faudra des forces plus considérables pour les produire. Suivant aussi que la maladie sera locale ou générale, la viciation pourra avoir lieu sur une partie seulement du bassin, ou se faire ressentir dans tous les points de cette cavité. Supposons le ramollissement général, et porté à un degré assez considérable, et voyons comment agissent, dans le mécanisme de la viciation, la station et le décubitus, ces deux états qu'affecte alternativement l'homme dans la société. Dans le premier cas, la colonne vertébrale, agissant continuellement de haut en bas, tend à abaisser le sacrum, qui, ne pouvant glisser, retenu par les os qui le supportent et les ligamens qui s'y attachent, se courbe; et sa base est portée vers le pubis, qui lui-même résiste, à cause du point d'appui qu'il trouve dans les membres inférieurs, lors de la station sur la plante des pieds, quand l'individu est debout, ou sur les ischions, quand il est assis. Tel est le mécanisme le plus ordinaire du rétrécissement du diamètre sacro-pubien, et de l'accroissement du diamètre transverse au détroit supérieur : je dis le plus ordinaire, car le rapprochement de la symphyse des pubis au sacrum peut le produire aussi, lorsque le sacrum restant en place, les pu-

bis sont poussés de bas en haut par les membres inférieurs; enfin, ces deux circonstances peuvent être réunies sur un même bassin. Par suite de ces changemens au détroit supérieur, en surviennent d'autres dans l'excavation et au détroit inférieur. Ainsi, lorsque le diamètre antéro-postérieur est rétréci par suite de la courbure du sacrum, l'excavation se trouve agrandie dans son diamètre sacro-pubien horizontal; car la base du sacrum, en s'abaissant, tend à faire éprouver un mouvement de bascule à toute la pièce osseuse, et à porter le sommet de cet os, ainsi que le coccyx, en arrière; mais les ligamens sacro-ischiatiques modèrent de beaucoup l'impulsion; et de là, courbure plus considérable du sacrum, agrandissement du diamètre sacro-pubien de l'excavation, et hauteur moindre de cette cavité en arrière. Les diamètres sacro et coccy-pubien du détroit inférieur se trouvent aussi un peu agrandis, mais beaucoup moins que si rien ne s'était opposé au mouvement du sacrum en arrière. Si le sujet affecté de rachitis est obligé, par une cause quelconque, d'appuyer son corps sur un membre plutôt que sur l'autre; ou bien, si le ramollissement est plus considérable dans un des coxaux que dans celui du côté opposé, alors la cavité cotyloïde est portée en dedans et en haut; de concave qu'il était à l'intérieur, le bassin devient convexe de ce côté, et le diamètre oblique perd de sa grandeur. Il peut arriver aussi que les deux cavités cotyloïdes se portent l'une vers l'autre, en même temps qu'elles se rapprochent du sacrum.

Peut-être ne sera-t-il pas hors de propos de faire ici une remarque relative à cette dernière forme : c'est que, quand il n'y a qu'un des diamètres obliques de vicié, le côté opposé à celui où existe la déformation principale peut présenter un excès d'amplitude; et il est clair qu'alors, si la partie la plus volumineuse de la tête se présente, pendant l'accouchement, du côté où le bassin est plus vaste, elle pourra sortir facilement; tandis qu'il sera impossible que l'accouchement ait lieu sans le secours de l'art, si la tête se présente dans le sens opposé. D'après cela, il est facile de s'expliquer pourquoi l'on est obligé d'avoir recours à l'opération de la symphyse ou à la section

césarienne chez une femme qui a eu précédemment un et deux accouchemens spontanés. M. *Velpeau* cite à ce sujet une observation fort curieuse, recueillie dans sa pratique : on la trouvera consignée dans le premier volume de son ouvrage.

Le décubitus, quoique la position la plus favorable pour le rachitique, peut cependant causer des déformations, lorsqu'il est long-temps prolongé sur la même partie; que le corps sur lequel il a lieu offre une grande résistance; mais surtout que, le sujet étant jeune, le ramollissement est porté à un degré très-grand. Ainsi, chez un individu qui, se trouvant dans quelques-unes de ces circonstances, sera resté long-temps couché sur la partie postérieure du tronc, on trouvera le sacrum redressé; sa courbure pourra avoir totalement disparu. L'os sera donc allongé; son sommet, obligé de descendre, sera en même temps poussé vers le pubis; et, comme conséquence de ce redressement, l'excavation se trouvera rétrécie d'avant en arrière, et le diamètre sacro-pubien du détroit inférieur aura perdu de sa largeur. C'est au décubitus prolongé sur un des côtés du bassin ramolli qu'est dû le rétrécissement du diamètre transverse du détroit supérieur : le bassin, dans cette position, tend à s'aplatir; la tête des fémurs est projetée en dedans; les cavités cotyloïdes et les tubérosités ischiatiques suivent cette direction. Voilà comment est produit le rétrécissement du diamètre transverse du détroit supérieur, qui ne peut avoir lieu sans que le diamètre oblique y participe, et qui entraîne celui de l'excavation et du détroit inférieur; dans cette circonstance, tantôt il y a rapprochement des deux tubérosités ischiatiques, tantôt une seule est portée vers celle du côté opposé. Une plus grande étroitesse de l'arcade des pubis est une conséquence de cette déformation.

J'ai avancé que les os disposaient, par leur peu de solidité dans la première enfance, aux vices du bassin; et, si l'on trouve des bassins déformés sans la moindre trace de rachitis, il me semble très-rationnel de les rapporter à l'état dont je viens de parler, aidé, surtout, par certaines circonstances bien propres à les développer. Est-il difficile,

en effet, de concevoir qu'une habitude barbare, conservée encore dans la plupart de nos provinces, celle d'emprisonner dans un maillot fortement serré l'enfant à peine sorti du sein de sa mère, puisse influer sur le développement de la cavité osseuse, et faire prendre des directions plus ou moins vicieuses aux pièces qui la composent? Et ces mères imprudentes qui, poussées par un excès d'amour maternel, s'imaginent pouvoir forcer la nature en faisant marcher leurs enfans avant le temps prescrit par elle, ne les exposent-elles pas aux mêmes accidens que le rachitique qui se tient long-temps debout? Ne pourrait-on pas aussi, et à juste titre, attribuer les effets les plus funestes à ces *cerceaux*, si commodes pour les nourrices, qui s'en servent pour se débarrasser de l'enfant confié à leurs soins, et obligent celui-ci à se tenir des journées entières sur des membres beaucoup trop faibles pour le supporter? Enfin, la pression exercée sur les hanches, et surtout les ischions, lorsqu'on porte un enfant, doit être une cause puissante de la viciation du détroit inférieur. La plupart de ces dangers ont été prévus par le *grand philosophe*, et il a indiqué les moyens bien naturels de les prévenir (1).

D'autres causes, tout à fait étrangères à celles dont nous nous sommes occupé jusqu'ici, peuvent produire la viciation du bassin; tels sont l'amputation d'une cuisse, la carie des os du bassin, leurs luxations et leurs fractures, l'existence d'exostoses et de tumeurs sarcomateuses développées à la partie interne des os; un développement trop considérable du corps des pubis, ce qui constitue la *barrure* du bassin; la saillie trop prononcée des fausses vertèbres du sacrum, le prolongement de l'épine ischiatique, la soudure du coccyx au sacrum; enfin, un arrêt dans le développement de toute la cavité qui fait qu'elle conserve la forme du bassin de l'homme, forme commune aux deux sexes dans les premières années de l'existence; ou que, comme

---

(1) *J.-Jacques Rousseau.* (Émile, t. 1, p. 54.)

chez la femme Olive (1), le bassin a sa conformation naturelle, mais toutes ses dimensions trop petites.

Si on analyse tout ce qui précède, concernant le mode de formation des vices du bassin, on pourra en tirer les conséquences suivantes : 1°. que chacune des parties du bassin peut être déformée séparément, mais que très-rarement le détroit supérieur est déformé sans que l'excavation et le détroit inférieur y participent; 2°. que lorsque le détroit supérieur et l'excavation sont isolément déformés, la déformation ne peut être portée qu'à un faible degré, sans quoi ils le seront tous les deux; 3°. qu'on peut en dire autant du détroit inférieur par rapport au supérieur, d'une manière moins générale cependant; car la viciation du premier peut être portée à un haut degré sans être partagée par le second. Ces vérités ont été tellement senties, que tous les auteurs qui ont donné des noms particuliers aux vices du bassin se sont fondés seulement sur les différentes formes que peut affecter l'ouverture supérieure de cette cavité.

On voit aussi que le détroit supérieur est la partie du bassin où les déformations existent le plus fréquemment; c'est d'avant en arriére ou obliquement qu'il est le plus souvent vicié; l'excavation vient ensuite, et cela est facile à concevoir, puisque rarement un vice existe au détroit supérieur sans que celle-là y participe; le détroit inférieur s'écarte donc le moins souvent de la forme naturelle, c'est son diamètre transversal qui est le plus souvent rétréci.

Vices dans la direction des axes. La mauvaise conformation du bassin apportant des modifications plus ou moins considérables dans la forme des détroits, la direction de leurs axes doit aussi quelquefois être changée; c'est ce qui a lieu en effet : pour l'axe du détroit supérieur, on peut facilement remarquer que, lorsque le bassin est rétréci d'avant en arrière, surtout par l'élévation du pubis et l'abaissement de la base du sacrum, le plan du détroit supérieur tend à deve-

(1) Voir la première observation, p. 6.

nir horizontal, et l'axe se rapproche de la verticale; si, au contraire, le bassin est allongé dans le sens du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, le plan de ce détroit doit s'incliner d'autant plus en avant, et l'axe tend à devenir parallèle à l'horizon. Dans le premier cas, si le rétrécissement n'est pas trop considérable, les manœuvres pour opérer l'accouchement seront facilitées; dans le second, au contraire, les difficultés augmenteront en raison directe de la viciation de l'axe. Quant à l'axe du détroit inférieur, il est rarement vicié; car, pour qu'il le fût, il faudrait que les ischions se portassent en avant ou en arrière; mouvement qui ne me paraît guère possible, si ce n'est dans une inclinaison de toute la boîte osseuse.

Classification. Quoique les formes qu'affectent les bassins viciés soient excessivement diverses et variées, néanmoins les auteurs ont pu, les réunissant en différens groupes, leur assigner des formes déterminées, et donner à chacun de ces groupes le nom qui lui convient le mieux. Cette classification n'est affectée qu'au détroit supérieur. M. *Velpeau*, dont nous allons donner la division, rapporte tous les bassins viciés aux trois classes suivantes : 1°. *bassins cordiformes;* 2°. *bassins en forme de huit de chiffre;* 3°. *bassins trifoliés* ou *trilobés.*

Si le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est rétréci par la saillie trop grande de l'angle sacro-vertébral, le détroit a la forme d'un cœur, et le bassin est dit *cordiforme;* si, en même temps que le promontoire se rapproche de la symphyse des pubis, celle-ci vient à sa rencontre, le bassin a l'aspect d'un *huit de chiffre* couché en travers; quand, au lieu du rétrécissement du diamètre sacro-pubien, ce sont les deux diamètres obliques qui ont perdu de leur longueur, si la symphyse ne se déplace pas, alors le détroit supérieur a la forme d'un *triangle*, d'un *trapèze* ou d'une *feuille de trèfle*, selon que les angles formés par les extrémités du diamètre transverse seront plus ou moins aigus ou arrondis : c'est cette forme qui fait donner au bassin le nom de *trilobé* ou *trifolié.*

Diagnostic.

Ici, comme en tout, il est de la plus haute importance de porter un bon diagnostic, et les difficultés sont souvent considérables ; aussi ne devons-nous rien négliger pour y parvenir. Deux espèces de signes viennent à notre secours, quand nous voulons reconnaître les vices du bassin : les uns nous sont fournis par les circonstances commémoratives, et sont appelés *signes rationnels;* les autres ressortent de l'inspection des parties, ce sont les *signes sensibles.*

Signes rationnels. Bien qu'au moyen des signes rationnels l'on ne puisse acquérir sur les vices du bassin que de vagues probabilités, nous ne croyons cependant pas leur étude superflue ; car leur connaissance peut souvent nous être utile, ne serait-ce qu'en nous mettant sur la voie des signes qui doivent nous donner la certitude de leur existence. Toutes les fois donc qu'un accoucheur est appelé pour constater l'état du bassin d'une femme, il doit s'enquérir de quelle manière s'est passée son enfance, et quelles sont les principales maladies dont elle a été affectée pendant sa vie. L'on demandera si les premiers pas ont été difficiles ; si la marche a été tardive ; si elle a été très-faible dans ses premières années, et si cette faiblesse a été de longue durée ; si les articulations ont été grosses, et si elle a été *nouée.* On tâchera aussi de découvrir si on a cherché à la faire marcher trop jeune, si on l'a forcée à se tenir long-temps sur ses membres inférieurs, alors même qu'ils étaient trop faibles pour supporter le tronc ; enfin, on cherchera à savoir si les différentes causes dont nous avons parlé précédemment ont exercé leur influence sur elle. Ensuite l'on examinera attentivement l'extérieur du corps ; on verra si le rachis, ainsi que les membres, offrent quelque courbure contre nature ; si les mâchoires sont comprimées latéralement, l'inférieure proéminant trop en avant ; si les gencives sont altérées ; si les dents sont situées en travers, et offrent une teinte bleuâtre. Si on apprend

que plusieurs de ces circonstances ont existé ou existent encore, l'on en tirera la conséquence que le bassin est probablement vicié; si tout est négatif, il sera vraisemblable que le contraire existe. Mais on se gardera bien de jamais prononcer affirmativement avant d'avoir interrogé les signes matériels.

Signes sensibles. Les signes sensibles sont les seuls au moyen desquels on puisse acquérir la certitude qu'un bassin est vicié. Ils consistent dans la *mensuration* de cette cavité (pelvimétrie), et cette mensuration doit être distinguée en *externe* et en *interne.* C'est à l'une ou à l'autre, ou à toutes les deux à la fois, qu'on a recours quand on veut obtenir la mesure de la cavité pelvienne.

La mensuration externe a lieu au moyen du *compas d'épaisseur* de *Baudelocque.* Pour mesurer avec cet instrument le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, on applique un bouton du compas sur la première apophyse épineuse du sacrum, et l'autre sur le mont de Vénus, au milieu de la symphyse pubienne; *Desormeaux* conseille, pour éviter l'épaisseur de la graisse qui recouvre le pubis, de placer le bouton immédiatement au-dessus du clitoris, dans l'intervalle que laissent entre elles, à leur naissance, les grandes lèvres. L'étendue qui se trouve entre les deux branches de l'instrument à leur sommet est de sept pouces; on en défalque trois, et il en reste quatre, mesure exacte du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. Pour le diamètre transversal, on porte un des boutons sur un des côtés de la crête iliaque, et l'autre sur le point diamétralement opposé : on trouve dix pouces; on prend la moitié, et on a la mesure que l'on cherche. Si l'on veut avoir la hauteur latérale de l'excavation, l'on mesure du milieu de la crête iliaque à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique du même côté : l'on a sept pouces; on prend la moitié, deux pouces et demi, mesure cherchée. Telles sont les mesures indiquées par *Baudelocque*, pour avoir un bassin exempt de vices. Cette mensuration n'offre cependant pas toute l'exactitude possible; car l'épaisseur des os et des parties molles qui les recouvrent

peut varier beaucoup. Le diamètre sacro-pubien est celui qu'on peut mesurer avec le moins d'erreur.

Pour la mensuration interne, l'imagination des accoucheurs a enfanté une foule d'instrumens auxquels on a donné le nom de *pelvimètres*. *Coutouly* fut le premier qui chercha à mesurer l'intérieur du bassin; on ne peut donner une meilleure idée de l'instrument auquel il a légué son nom qu'en le comparant au compas des cordonniers : on l'introduit fermé dans le vagin; l'ouvrant ensuite, l'une des plaques s'applique sur la face postérieure des pubis et l'autre va se porter sur l'angle sacro-vertébral. La branche mobile étant graduée à l'extérieur, il est facile de voir l'écartement qui se trouve intercepté par les deux plaques représentant le diamètre sacro-pubien. L'on conçoit facilement les difficultés qui se présentent dans l'application d'un pareil instrument : l'on peut contondre, déchirer les parties pendant son introduction, tentée souvent en vain; et l'instrument une fois introduit, qui garantira des mêmes lésions les parties qui tapissent l'intérieur du bassin? Tous les autres pelvimètres ne sont que des modifications de celui de *Coutouly*, ou bien consistent dans une tige droite et graduée, dont on porte l'extrémité sur l'angle sacro-vertébral (*Asdrubali, Stein, de Crève*, etc.). Tous ces instrumens sont tombés dans l'oubli, et leur usage n'a pas survécu à leurs inventeurs. Madame *Boivin* a, dans ces derniers temps, proposé un instrument très-ingénieux, auquel elle a donné le nom d'*intro-pelvimètre*. Cet instrument, quoiqu'il diffère essentiellement de celui de *Coutouly*, est cependant fondé sur les mêmes principes : il consiste en deux branches que l'on introduit séparément, l'une dans le rectum, qui appuie sur l'éminence sacro-lombaire, l'autre dans le vagin, qui repose sur la face postérieure des pubis. On peut se servir de ce pelvimètre chez les jeunes vierges ainsi que chez la femme enceinte, à toutes les périodes de l'accouchement.

Mais à quoi bon chercher dans l'art ce dont la nature nous a pourvus? Exempt de tous les vices que l'on peut reprocher aux pelvimètres qui précèdent, le doigt indicateur n'est-il pas le plus sûr de tous les

instrumens explorateurs? Son introduction est toujours assez facile ; nous dirigeons à notre gré ses mouvemens, et nous avons la conscience de tous les points sur lesquels il s'applique ; ajoutez à ces avantages celui de ne pas effrayer les femmes, qui se refusent, le plus souvent, à l'introduction du moindre corps étranger. Pour mesurer l'intérieur du bassin au moyen du *toucher*, on commence d'abord par acquérir les dimensions du détroit supérieur; pour cela, on porte l'index dans le vagin, en avançant son extrémité jusqu'à la partie la plus saillante du promontoire; puis on relève le bord radial de ce doigt jusqu'à la rencontre des pubis, et avec un des doigts de la main opposée, on marque le point sur lequel tombe la symphyse. Il est facile, après avoir retiré le doigt, de mesurer la distance qui existe entre le point où appuyait la symphyse, et qu'on a eu le soin de marquer avec l'ongle et l'extrémité du doigt qui appuyait sur le sacrum. La mesure ainsi obtenue, on en retranche six lignes par rapport à l'excès de longueur qui provient de la plus grande obliquité de la ligne que le doigt représente. Cet excédant varie suivant que la partie inférieure du pubis est déjetée en dehors ou portée vers le sacrum. Ces variations ne peuvent être portées à un degré considérable; il est facile d'ailleurs de les évaluer à une ou deux lignes près, en promenant le doigt sur les surfaces osseuses. Au temps de l'accouchement, lorsque la tête empêche le doigt de se porter directement sur l'angle sacro-vertébral, on introduit la main entière dans le vagin, on porte l'extrémité du doigt indicateur vers la base du sacrum, et on applique celle du pouce derrière la partie supérieure de la symphyse des pubis; on retire la main, les doigts maintenus dans leur écartement, et on mesure la distance qui se trouve entre leurs extrémités. L'étendue des diamètres transversal et oblique peut ainsi être appréciée, en promenant le doigt alternativement dans la direction de chacun d'eux.

Pour le détroit inférieur, on porte l'extrémité du doigt indicateur sur le sommet du coccyx, qu'on repousse le plus possible en arrière; on relève le bord radial vers la partie inférieure du pubis; on marque avec un doigt de l'autre main, et on mesure comme il a été dit : on a

alors la mesure du diamètre entéro-postérieur. On obtient facilement la distance d'une tubérosité ischiatique à l'autre, en plaçant l'extrémité du doigt indicateur sur l'une et le pouce sur celle du côté opposé, mesurant ainsi leur écartement. On peut aussi, au moyen du toucher, apprécier la forme du bassin, la courbure du sacrum, la longueur de la symphyse des pubis, la hauteur de la paroi latérale de l'excavation, la saillie de l'épine ischiatique, et enfin la largeur et la hauteur de l'arcade pubienne. Cette exploration fait aussi reconnaître s'il existe des tumeurs développées dans cette cavité.

Maintenant que nous savons quels sont les moyens dont nous devons nous servir pour explorer le bassin, voyons dans quelles circonstances nous devons les employer. Tantôt l'accoucheur est consulté au sujet d'une jeune fille pour laquelle la sollicitude d'une tendre mère vient demander des conseils ; ou bien c'est une femme enceinte qui, redoutant le terme de sa grossesse, veut savoir d'avance si elle pourra accoucher heureusement ; enfin, c'est le plus souvent au moment même de l'accouchement qu'on est obligé de constater si les dimensions du bassin permettront à la tête de franchir. Dans le premier cas, selon les auteurs, la mensuration externe seule doit être mise en usage, et c'est par-dessus la chemise ou un léger vêtement, pour ne pas blesser la pudeur, que cette exploration doit avoir lieu. La membrane de l'hymen doit être toujours respectée et la mensuration interne à jamais proscrite. Il serait d'ailleurs très-difficile, la plupart du temps, de la mettre en usage, l'intégrité des parties s'opposant à l'introduction du doigt explorateur. Mais peut-on, dans une circonstance aussi délicate, se contenter d'un examen superficiel et se prononcer sur des probabilités? L'avenir de cette jeune personne dépend de la sentence que vous allez porter ! D'un côté, par un diagnostic d'autant plus rigoureux qu'il sera faux, vous pouvez priver des doux soins du ménage une tendre mère ; de l'autre, vous pouvez précipiter imprudemment cette jeune fille dans des liens qui lui donneront un jour la mort!... Lorsque c'est une femme enceinte qui vous demande si les craintes que lui inspire sa mauvaise conformation sont fondées

ou non, vous pouvez agir sans crainte, et là, sans doute, la mensuration interne comme l'externe doit être mise en usage. Quelquefois il est impossible de mesurer l'intérieur du bassin, même chez ces dernières; des tumeurs développées dans le vagin, le rectum, ou sur d'autres parties opposant un obstacle invincible à l'introduction du doigt.

Divers modes de terminaison de l'accouchement, lorsque le bassin est vicié.

La viciation du bassin reconnue, et l'impossibilité qu'une tête de fœtus ordinaire puisse franchir bien constatée, comment doit-on agir? Madame *Lachapelle* conseille de temporiser et d'attendre que la nature ait épuisé ses efforts et ses ressources. Des circonstances extrêmement heureuses, il est vrai, peuvent favoriser l'expulsion du fœtus, malgré l'étroitesse de la cavité pelvienne. Ainsi, par exemple, quand le bassin a assez de largeur d'un côté pour permettre à la tête de franchir, quoique le diamètre sacro-pubien et le côté opposé soient considérablement rétrécis; les symphyses peuvent être ramollies et permettre un léger écartement; les surfaces articulaires peuvent, à la faveur de ce ramollissement, glisser les unes sur les autres, les pubis basculer, et les os des hanches se porter l'un en avant, tandis que l'autre rétrograde, celui-ci remonter tandis que celui-là s'abaisse, et par ce mécanisme agrandir suffisamment la boîte osseuse pour permettre à l'accouchement d'avoir lieu. La tête du fœtus peut aussi quelquefois se laisser comprimer de manière à se réduire considérablement. Enfin, il est des cas où l'on voit le fœtus franchir au moment où on compte le moins sur les ressources de la nature. A ce sujet, je ne crois pas déplacé de rapporter une observation très-curieuse qui a été insérée par M. *Noury*, dans la Revue médicale, en juin 1831.

IIIe. OBS. Elle est relative à une jeune femme élevée dans la pauvreté et la misère, réglée à seize ans, mariée à dix-neuf et enceinte à

vingt. A trois mois de grossesse, sa santé se détériora, et l'accoucheur, ayant été consulté, s'assura dès-lors de la viciation du bassin. C'est le 3 février 1831 que les premières douleurs se manifestèrent, et voilà l'état du bassin de cette femme à cette époque. Je laisse parler l'auteur :

« Le détroit supérieur, qui, par la grande dépression des pubis en ar-
« rière, semblerait devoir offrir une étroitesse absolue, est de quatre
« pouces au moins ; car la symphyse sacro-vertébrale, au lieu de faire
« une saillie en avant, se porte en arrière, et forme une gouttière qui
« fait suite à celle du sacrum ; de cette union à la dernière vertèbre
« lombaire, cet os se recourbe en bas et en avant, de manière à venir
« se terminer à dix-huit lignes de la symphyse des pubis ; le coccyx,
« porté plus en avant encore, fait saillir l'anus à un pouce de la
« commissure antérieure des grandes lèvres ; le périnée ne semble
« qu'un bourrelet formé par un repli de la peau ; les branches pubio-
« ischiatiques ont à peine un pouce de longueur ; les deux tubérosi-
« tés ne laissent pas deux pouces d'écartement entre elles ; les trois
« premiers doigts, rapprochés l'un de l'autre, ne peuvent tourner
« dans cet étroit pertuis, même en refoulant le coccyx, qui se laisse
« déprimer avec la plus grande facilité. La longueur et la direction
« des ligamens sacro-ischiatiques me frappent au premier abord, sans
« savoir quel rôle ils pourront jouer dans la suite. »

D'après une semblable conformation, qui n'aurait cru, de même que M. *Noury*, cette malheureuse vouée à une opération grave ? Mais la nature en avait décidé autrement. Au moment où l'on avait tout préparé pour lui faire subir l'opération césarienne, à laquelle elle s'était courageusement décidée, les douleurs augmentent, et quel est l'étonnement de l'homme de l'art, lorsqu'il touche cette femme ! Il sent le sacrum se redresser peu à peu sous l'influence des contractions utérines, et bientôt la tête franchit la vulve ; le bourrelet périnéal s'élargit et s'amincit assez pour que l'accouchement se termine sans la moindre déchirure. Vingt-quatre heures après, le bassin a repris sa conformation première. L'enfant pesait six livres et demie ; la tête n'a pas été mesurée.

Mais si d'un côté cette temporisation peut avoir quelques avantages, n'arrive-t-il pas souvent, comme l'observe très-judicieusement M. *Velpeau*, que la nature ne pouvant débarrasser la femme, celle-ci, épuisée par les souffrances, ne peut plus supporter les opérations qu'exige son état; et, si l'opération césarienne est si souvent funeste, les circonstances défavorables dans lesquelles on la pratique ordinairement ne peuvent-elles pas contribuer à ses insuccès?

Comme les plus belles théories doivent s'évanouir lorsque les faits les contredisent, nous avons fait un relevé de toutes les observations citées dans l'ouvrage de la femme célèbre qui a dirigé pendant vingt-cinq ans l'établissement de la Maternité, et nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de donner, après chaque mode de terminaison, un résumé de celles qui s'y rapportent.

Accouchemens spontanés.

14 accouchemens.	Mères mortes.....	3
	Enfans vivans.....	7

Dimensions des bassins. 1°. Ceux relatifs aux enfans vivans : trois ayant 3 pouces $\frac{3}{4}$ de petit diamètre; trois à 3 pouces; un à 2 pouces $\frac{3}{4}$. 2°. Ceux relatifs aux enfans morts : trois ayant 3 pouces; deux à 2 pouces 9 lignes; un à 2 pouces $\frac{1}{2}$; un à 2 pouces.

Certes, nous reconnaissons toute la justesse de cette idée émise par plusieurs auteurs, et qui était celle qui devait naturellement se présenter dans pareille circonstance : *Que le point essentiel, quand il s'agit d'un accouchement difficile, c'est de déterminer le rapport qui existe entre le bassin de la femme et la tête du fœtus* (Siélbold, Capuron); mais le difficile, c'est d'évaluer les dimensions de ce dernier. Aucun des nombreux *céphalomètres* proposés jusqu'à ce jour n'a pu faire résoudre la question; et les moyens ingénieux indiqués récemment par M. *Foulhoux* offrent trop peu de certitude pour qu'on puisse s'y rapporter. Aussi les auteurs, reconnaissant l'insuffisance de ces moyens, se sont-ils basés sur le resserrement plus ou

moins considérable du bassin, pour se décider à telle ou telle autre opération, prenant pour point de départ une tête de fœtus ordinaire.

Toutes les ressources de l'art qui ont été proposées dans les cas d'angustie pelvienne peuvent être rapportées à sept, que nous allons successivement passer en revue d'une manière très-abrégée, notre sujet ne nous permettant pas de nous y étendre longuement.

1°. *Du régime pendant la grossesse.* Raisonnablement parlant, peut-on compter sur l'affaiblissement de la femme pendant la grossesse pour empêcher le développement du fœtus contenu dans son sein? et ne suffit-il pas, pour montrer combien peu est fondée cette opinion, de faire observer que l'on voit, tous les jours, les femmes les plus robustes mettre au monde des enfans très-faibles; et d'autres, au contraire, qui, débiles et malades, produisent des enfans forts et volumineux?

2°. *De l'accouchement prématuré.* L'accouchement prématuré, ou avortement provoqué dans le but de prévenir l'opération césarienne ou celle de la symphyse, nous offre deux choses à considérer : 1°. est-il permis de solliciter l'avortement? 2°. peut-on le produire sans mettre la mère en danger? En France, la première question est résolue par les lois : *Nul n'a le droit de détruire un fœtus vivant, même dans les premiers mois de son existence.* Ainsi donc, le fœtus n'étant pas viable avant sept mois, et ayant presque la certitude qu'on le fera périr, si l'on provoque l'accouchement après cette époque, il en résulte que cette opération est rejetée par le plus grand nombre de nos accoucheurs. Pour moi, prenant pour loi ma conscience, si j'avais jamais à prononcer dans pareille circonstance, je me croirais coupable si, pour conserver l'existence douteuse et végétative d'un fœtus de quelques mois, j'exposais aux opérations les plus chanceuses les jours d'une femme qui fait souvent le bonheur de sa famille et l'ornement de la société. Quand le fœtus est viable, c'est différent; parce

qu'alors on tuerait presque certainement l'enfant, et cela le plus souvent en vain ; car son volume, beaucoup plus considérable que dans les premiers mois, s'opposerait à sa sortie.

Relativement à la mère, comme la perforation des membranes est le seul moyen à peu près certain de la faire avorter, que, pour pratiquer cette opération, on s'expose à blesser la matrice, et que, de plus, cet avortement provoqué, beaucoup plus dangereux qu'un accouchement naturel, expose les femmes à des hémorrhagies et des péritonites souvent mortelles : je pense, par rapport à ces dernières, que, s'il est permis dans quelques circonstances d'avoir recours à ce moyen, il est beaucoup plus sage, dans la majorité des cas, de s'en rapporter à la nature.

3°. *Extraction de l'enfant par les pieds.* — 4°. *Application du forceps.* C'est à la version ou au forceps que l'on doit avoir recours, quand la nature se refuse à terminer l'accouchement, et que le rétrécissement n'est pas porté à un degré très-considérable. Le détroit supérieur doit avoir au moins 2 pouces $\frac{3}{4}$ de petit diamètre, pour qu'on soit autorisé à employer l'un ou l'autre de ces moyens. Le plus grand nombre des accoucheurs veulent qu'on emploie toujours le forceps, cet instrument étant, disent-ils, beaucoup moins funeste que la version, qui peut causer les désordres les plus graves, tels que l'extension et le tiraillement de la moelle épinière, la luxation du cou et de la tête, la détroncation même, quand elle est opérée par des praticiens inhabiles. *Baudelocque* est du nombre de ceux-ci : il conseille d'appliquer le forceps toutes les fois que le diamètre sacro-pubien a plus de 2 pouces $\frac{1}{2}$ d'étendue. Mais l'application de cet instrument est souvent impraticable, quand l'étroitesse n'est même pas portée à ce point, comme on va en voir un exemple.

IVe. OBS. La nommée B.... , âgée de vingt-un ans, faiblement constituée, portant des traces de rachitis, enceinte pour la première fois, parcourut heureusement toutes les périodes de sa grossesse, et

vint accoucher, au mois de juin 1831, à l'hospice de la Maternité de Paris.

Le travail commença le 12 juin 1831 ; la tête resta long-temps au détroit supérieur, située en quatrième position ; elle parvint enfin à s'engager dans le détroit supérieur, mais sans le franchir. La dilatation du col fut complète quarante-six heures après le début du travail ; les membranes étaient rompues prématurément. On se décida alors à terminer au moyen du forceps : l'introduction des branches de cet instrument offrit de grandes difficultés, et ce n'est qu'avec une peine extrême qu'on parvint à les porter sur la tête de l'enfant ; mais alors leur articulation devint impossible, et l'on fut obligé de les retirer. Espérant parvenir plus facilement à les articuler, en faisant précéder l'introduction de la branche à pivot par la branche à mortaise, on eut recours à ce moyen ; mais tous ces essais furent inutiles. Un excellent praticien, attaché à cet établissement, réitéra ces tentatives avec le même insuccès. Enfin, la branche à pivot ayant été retirée, la tête éprouva le mouvement de rotation, qui n'était pas encore achevé ; une contraction assez forte survint, ce qui n'avait pas encore eu lieu : sous son influence, avec l'aide de la branche à mortaise, la tête s'avança dans l'excavation, et l'accouchement se termina soixante-dix heures après le début du travail.

L'enfant succomba pendant le travail ; la tête était très-déformée ; le diamètre occipito-mentonnier avait acquis près de 6 pouces, et le diamètre bipariétal se trouva réduit à 2 pouces 9 lignes. La mère mourut le second jour, et le bassin présenta les particularités suivantes : le diamètre oblique qui s'étend de la cavité cotyloïde droite à la symphyse sacro-iliaque gauche n'avait que 2 pouces 9 lignes. La cavité cotyloïde droite était fortement projetée en dedans ; la branche ischio-pubienne du même côté était presque droite, la crête iliaque plus élevée que la gauche.

Madame *Lachapelle* veut que l'on préfère l'extraction de l'enfant par les pieds, croyant cette dernière opération beaucoup moins meur-

trière que l'usage de l'instrument dont nous venons de parler ; on peut voir si les chiffres sont en faveur de son opinion :

Forceps.

11 accouch. { Mères mortes..... 2
Enfans vivans.... 5

Dimensions des bassins. 1°. Ceux relatifs aux enfans vivans : trois dont il n'est pas fait mention ; 2 à 3 pouces $\frac{1}{2}$. 2°. Ceux relatifs aux enfans morts : trois dont il n'est pas parlé ; un à 3 pouces $\frac{1}{4}$; deux à 3 pouces.

Versions.

15 accouch. { Mères mortes.... 4
Enfans vivans... 6

Dimensions des bassins. 1°. Ceux relatifs aux enfans vivans : trois dont on ne fait pas mention ; deux à 3 pouces $\frac{1}{2}$; un à 3 pouces. 2°. Ceux relatifs aux enfans morts : un à 3 pouces $\frac{1}{2}$; deux à 3 pouces ; deux à 2 pouces $\frac{3}{4}$; deux à 2 pouces 9 lignes ; deux à 2 pouces 9 lignes ; un à 2 pouces $\frac{1}{2}$; un à 2 pouces $\frac{1}{4}$.

Je réunis ici quatre observations dans lesquelles on n'a pas eu besoin de pratiquer la version, l'extrémité pelvienne se présentant.

4 accouchemens. { Mères mortes..... 3
Enfans morts..... 4

Dimensions des bassins. Un à 3 pouces ; un à 2 pouces $\frac{3}{4}$; deux à 2 pouces $\frac{1}{2}$.

5°. *Symphyséotomie.* La section du pubis, dont la naissance fut un signal de guerre pour les médecins, sur la fin du siècle dernier, est aujourd'hui réduite à sa plus simple expression. Cette opération, si elle peut quelquefois prévenir des moyens que l'on n'envisage qu'avec effroi, est loin malheureusement de pouvoir toujours remplacer l'opération césarienne, et anéantir pour jamais la mutilation du fœtus. C'est lorsque le forceps ou la version sont insuffisans, le détroit supérieur du bassin offrant au moins 2 pouces $\frac{1}{2}$ de petit diamètre, qu'on doit employer la section sygaultienne. Les avantages que l'on retire de cette opération ne sont pas seulement dus à l'agrandissement du diamètre sacro-pubien, ou à l'espace que laissent entre eux les deux pubis, espace où se place, selon M. *Gardien*, une des bosses pariétales, mais bien plus souvent c'est aux dimensions plus considérables des

diamètres obliques que sont dus ses bons effets. N'est-ce pas, en effet, presque toujours une des quatre premières positions qui se présente? et peut-on par conséquent se refuser à admettre que c'est derrière le corps du pubis ou la cavité cotyloïde, et non à la partie postérieure de la symphyse, que se trouve l'occiput ou la bosse pariétale? Cette disposition est on ne peut plus favorable pour l'accouchement, puisque, d'après M. *Velpeau*, les diamètres transverse et obliques du bassin sont agrandis d'un pouce environ, lorsque le diamètre antéro-postérieur n'offre que deux ou trois lignes de plus que dans l'état ordinaire.

Indépendamment de son utilité dans les circonstances que nous venons d'examiner, il est certainement des cas où aucune autre opération ne pourrait remplacer la symphyséotomie avec efficacité. Ainsi, par exemple, quand la tête se trouve enclavée dans l'excavation, après avoir traversé un détroit supérieur très-resserré; quand la tête a franchi le col de l'utérus, et qu'elle est arrêtée par l'étroitesse du détroit inférieur; enfin, quand le tronc de l'enfant est dehors, que la tête est trop volumineuse pour sortir, et qu'on est certain de l'existence de l'enfant. L'opération césarienne, dans des cas semblables, serait le plus souvent infructueuse. Je crois donc que les *symphysiens* et les *césariens* exclusifs sont également répréhensibles : ceux-ci en rejetant à tout jamais une opération qui peut rendre de grands services à l'humanité; ceux-là, bien plus coupables, en livrant à leur couteau des femmes qui auraient accouché par les seuls efforts de la nature, ou bien qu'une autre opération aurait pu délivrer, si une polémique orgueilleuse ne les eût dirigés. Je joins ici les résultats de cette opération, publiés par *Baudelocque*.

41 opérations.	Femmes mortes.....	14
	Enfans vivans.....	13
Lachapelle. 2 accouch.	Femmes vivantes, avec fistules vésico-vaginales.	
	Enfans morts.	

Dimensions des bassins. Un ayant 2 pouces 8 lignes; un a 2 pouces $\frac{1}{4}$.

6°. *De la crâniotomie.* — 7°. *De l'opération césarienne.* Quand on juge que la section de la symphyse sera insuffisante pour permettre le passage de la tête, il ne reste que deux ressources : l'opération césarienne ou la perforation du crâne. Celle-ci est toujours mortelle pour l'enfant ; rarement la femme survit à celle-là. Cependant il faut agir, et la circonstance réclame une victime ! Agira-t-on sur la mère? agira-t-on sur l'enfant? En Angleterre, il n'y a, pour ainsi dire, pas de choix, et généralement on donne la préférence à la perforation du crâne et au morcellement du fœtus vivant ou mort. En France, le plus grand nombre des accoucheurs exigent que la mort du fœtus soit bien constatée pour se décider à porter le fer sur lui. Pour nous, nous croyons que toutes les fois que la vie de l'enfant est douteuse, et que l'on n'a pas pu parvenir à constater son existence, c'est sur lui que l'on doit agir. Sans doute l'on pourra se tromper, et quelques enfans devenir victimes d'un faux diagnostic ; mais si l'on considère la difficulté que l'on rencontre quand on veut acquérir la certitude de la mort de l'enfant, ne demeurera-t-on pas convaincu que bien des fois on ne trouvera qu'un cadavre après l'ouverture de l'abdomen. C'est encore l'enfant qui doit être sacrifié lorsque l'on prévoit, soit par la longueur du travail, soit par tout autre circonstance, que celui-ci, quoique actuellement vivant, sera mort avant la fin de l'opération ; il en est de même lorsque l'état chétif du fœtus donne la presque certitude qu'il ne vivra pas. Examinons maintenant si, par le fait, ces deux opérations peuvent toujours suppléer l'une à l'autre : non certainement, et on peut se trouver obligé de pratiquer la *gastrotomie* quoiqu'on ait la certitude de la non-existence de l'enfant. *Camper*, médecin hollandais, montra à l'Académie un bassin qui n'avait pas un pouce de petit diamètre ; *Hunter* en possédait deux dont un de 8 lignes, l'autre de 11. (*Baudelocque.*) Eh bien ! lorsque le rétrécissement est porté à ce point, il est impossible d'agir en aucune manière sur l'enfant. Voilà les règles à suivre relativement aux dimensions du bassin : l'une ou l'autre de ces opérations est nécessitée quand le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur a moins de 2 pouces $\frac{1}{2}$; la *céphalotomie* est rendue

impossible quand l'étroitesse de la cavité osseuse ne permet de porter aucun instrument sur la tête de l'enfant; c'est lorsque le petit diamètre du bassin n'a pas au moins de 18 à 20 lignes d'étendue.

Quoique la perforation du crâne ne soit pas toujours une opération innocente pour la mère, on peut voir cependant, par les deux tableaux ci-joints, qu'elle est loin d'être aussi meurtrière, pour celle-ci, que l'opération césarienne.

Opération césarienne.

5 accouch. { Femmes mortes. . . 5
Enfans vivans. 4

Dimensions des bassins. Trois ayant 2 pouces $\frac{1}{4}$; deux à 18 lignes.

Crâniotomie.

17 accouch. { Mères mortes pendant l'opération. 2
—— mortes des suites de l'opération. 5

Dimensions des bassins. 1°. Ceux relatifs aux femmes mortes : un dont il n'est pas fait mention ; un ayant 3 pouces 9 lignes ; un à 3 pouces ; un à 2 pouces 9 lignes ; deux à 2 pouces $\frac{1}{4}$; un à 19 lignes. 2°. Ceux relatifs aux femmes vivantes : deux à 3 pouces ; cinq à 2 pouces $\frac{1}{2}$; deux à 2 pouces $\frac{1}{4}$; un à 2 pouces.

PROPOSITIONS.

I.

Le seigle ergoté ne doit jamais être employé, chez une femme en couches, avant la dilatation complète du col de l'utérus, à moins que le ramollissement de ce col ne donne la certitude que cette dilatation sera prompte et facile.

II.

Les hémorrhagies abondantes de l'utérus annoncent le cancer de cet organe, et une perte considérable est généralement le premier symptôme de cette affection.

III.

L'observation démontre que lorsque la pleurésie se développe chez un individu actuellement sain, elle n'envahit jamais qu'un des côtés de la poitrine.

IV.

Les ulcérations du larynx et de la trachée-artère coïncident toujours, quand elles existent, avec des tubercules pulmonaires, à moins qu'elles ne soient dues à un vice vénérien; aussi, lorsqu'on parvient à les reconnaître, on peut hardiment annoncer qu'il y a phthisie ou vérole.

V.

Lorsqu'une inflammation vient à se développer chez un individu affecté de maladie chronique, sa marche est extrêmement prompte et sa terminaison le plus souvent funeste.

FIN.